

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue le 20 Novembre 1895, à 1 heure

PAR

Jacob GALIMIR

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

né à Bucarest (Roumanie), le 9 Juillet 1868

ESSAI SUR LE DIAGNOSTIC

DES

TUMEURS PARANÉPHRÉTIQUES

Président : M. HAYEM, professeur

*Juges : MM. { TILLAUX, professeur
TUFFIER et WIDAL, agrégés*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

11-13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11-13

PARIS

1895

24

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue le 20 Novembre 1895, à 1 heure

PAR

Jacob GALIMIR

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

né à Bucarest (Roumanie), le 9 Juillet 1868

ESSAI SUR LE DIAGNOSTIC

DES

TUMEURS PARANÉPHRÉTIQUES

Président : M. HAYEM, professeur

Juges : MM. { *TILLAUX, professeur*
 { *TUFFIER et WIDAL, agrégés*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11-43, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11-43

PARIS

1895

24

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHT
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	(DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.....	(DEROVE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie.....	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET
Hygiène.....	LANDOUZY
Médecine légale.....	PROUST
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE
	STRAUS
	G. SEE
Clinique médicale.....	(POTAIN
	(JACCOUD
	HAYEM
Maladies des enfants.....	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
	(DUPLAY
	(LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	(TILLAUX
	(BERGER
	GUYON
Clinique des maladies des voies urinaires.....	PANAS
Clinique ophtalmologique.....	(TARNIER
Clinique d'accouchement.....	(PINARD

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY et PAJOT

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	FAUCONNIER	MARIE	SCHWARTZ
ALBARRAN	GAUCHER	MENETRIER	SEBILEAU
ANDRE	GILBERT	NELATON	THIERY
BAR	GILES DE LA TOURETTE	NETTER	THOINOT
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef	TUFFIER
BROCA	HARTMANN	des travaux	VARNIER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WALTHER
CHASSEVENT	LEJARS	RETTERER	WEISS
CHARRIN	LETULLE	RICARD	WIDAL
DELBET	MARFAN	ROGER	WURTZ

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON FRÈRE AINÉ LAZARE

Craiova

A MES COLLÈGUES ET A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BUCAREST

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER

Chef de Clinique médicale de la Faculté

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES HAYEM

Professeur de Clinique médicale

Médecin à l'hôpital Saint-Antoine

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553820_0068

AVANT-PROPOS

Dans une de ses remarquables leçons cliniques, intitulée « Rein ou rate (1) » Monsieur le professeur Guyon, expose l'observation d'un malade porteur d'une tumeur du flanc gauche et, à son occasion, il nous apprend les moyens de faire le diagnostic différentiel entre les tumeurs du rein et celles de la rate. Au mois de juin de cette année, se présenta dans le service de Monsieur le professeur Hayem à l'hôpital St-Antoine, un malade portant, lui aussi, une tumeur du flanc gauche. Le diagnostic porté par notre maître, fut celui de tumeur maligne de la rate.

Plus heureux que M. Guyon nous avons pu, dans notre cas, faire l'autopsie, nous avons alors vu, qu'il n'y avait ni tumeur du rein ni de la rate; nous nous trouvions en face d'une tumeur remplissant toute la moitié gauche de l'abdomen, sans connexions avec les autres organes abdominaux et qui avait englobé le rein intact. La rate était refoulée contre la face inférieure du diaphragme; il s'agissait donc d'une tumeur paranéphrétique.

Ce cas assez intéressant, que nous avons pu suivre journellement pendant deux mois et demi environ, nous a

(1) Annales des org. genito-urinaires, 1893

suggéré l'idée de faire notre thèse inaugurale sur le diagnostic des tumeurs paranéphrétique et d'autant plus que nous n'avons pas pu trouver dans nos livres classiques, une description clinique de ces tumeurs.

Nous avons sur ce sujet 12 observations, que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale et une autre qui nous appartient en propre.

Malheureusement dans les 12 premières observations la description clinique des symptômes présentés par les malades fait presque complètement défaut.

C'est seulement après l'ablation du néoplasme abdominal, qu'on reconnaissait la tumeur paranéphrétique, alors que les chirurgiens intervenaient pour une tumeur rénale, ovarienne ou autre.

Ces observations sont cependant loin d'être sans intérêt; car en les étudiant de près, nous avons pu grouper différents symptômes propres à ces tumeurs, nous y avons aussi trouvé, assez nettement décrits, leurs rapports avec les organes voisins, tels qu'ils furent constatés pendant l'acte opératoire, l'absence ordinaire d'adhérences et les différents procédés employés pour leur ablation, suivant les cas.

Dans la plupart des cas, le résultat opératoire a été favorable, ce qui nous engage à intervenir toutes les fois qu'on croira se trouver en face de tumeurs paranéphrétiques.

Avant d'entrer dans notre sujet nous avons un devoir à remplir : celui d'exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui ont été nos maîtres au cours de nos études.

Que Monsieur le professeur Hayem veuille bien recevoir l'expression de notre plus profonde reconnaissance. En nous admettant comme externe dans son service

il nous a fait profiter de ses savantes leçons cliniques; c'est à lui que nous devons ce que nous savons sur les maladies de l'estomac.

En acceptant la présidence de notre thèse il nous a encore une fois fait preuve de sa haute bienveillance. Nous ne saurions trop le remercier.

Monsieur le docteur St-Germain, chirurgien à l'hôpital des Enfants malades, nous permettra de lui adresser l'hommage de notre profonde gratitude pour toute la bienveillance et les bons conseils qu'il nous a prodigués pendant que nous avons l'honneur d'être externe dans son service.

Nous adressons aussi nos plus vifs remerciements à nos maîtres des hôpitaux de Bucarest, les professeurs Severeano, Kalendro et Stoicesco et à ceux des hôpitaux de Paris MM. le professeur agrégé Reclus, Jules Simon et Moizard.

Que Monsieur le docteur Parmentier, chef de clinique à la Faculté, dont l'extrême amabilité et les bons conseils ne nous ont pas manqués dans l'élaboration de ce travail, veuille bien agréer l'assurance de notre vive reconnaissance et de notre profonde affection.

ESSAI SUR LE DIAGNOSTIC

DES

Tumeurs paranéphrétiques

Dans l'étude qui va suivre, nous envisagerons brièvement quelques considérations générales sur les tumeurs paranéphrétiques; nous décrirons ensuite leurs manifestations cliniques et enfin nous réserverons un chapitre pour le diagnostic.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Nous définirons les tumeurs paranéphrétiques, des néoplasmes qui se développent auprès du rein et qui prennent leur origine, dans la capsule fibreuse ou adipeuse du rein, dans le tissu cellulaire rétropéritonéal, dans les ganglions lombaires, etc., en un mot, dans les tissus qui avoisinent le rein.

Celui-ci, toujours normal dans sa structure, se trouve englobé par le néoplasme, quelquefois déplacé ou déformé, et occupant soit le centre, soit la périphérie de la tumeur lui servant de pédicule.

Ces sortes de tumeurs, excessivement rares et d'un diagnostic assez difficile, sont capables, grâce à leur développement énorme, de simuler différentes tumeurs abdominales, et en particulier les tumeurs du rein, de la rate et de l'ovaire.

Généralement les tumeurs paranéphrétiques sont libres d'adhérences avec les différents organes de la cavité abdominale ; cependant on a noté (rarement il est vrai), des adhérences avec l'intestin, les gros vaisseaux de l'abdomen ou avec la colonne vertébrale. La tumeur présentée par Gouraud à la Société anatomique, était adhérente au carré des lombes et au psoas iliaque.

Les tumeurs paranéphrétiques sont unilatérales ; une seule fois, Spencer-Wells a opéré une double tumeur paranéphrétique.

Le plus souvent, dans nos observations, il s'agit de sarcomes et ses variétés, de lipomes et de fibro-lipomes. Dans l'observation du baron Buschmann, l'examen histologique démontra que la tumeur enlevée était un myo-fibrome, anormalement riche en fibres musculaires et dans celle de Otto Hildebrand, il s'agissait d'un fibro-myo-ostéosarcome.

Nous avons remarqué que ces tumeurs sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme ; aussi, dans les 13 observations que nous possédons, 10 comportent des femmes.

Nous ajouterons aussi, que les tumeurs paranéphrétiques se développent le plus souvent entre 30 et 50 ans.

Leur évolution n'a rien de particulier, elle est subordonnée à la nature même de la tumeur.

SYMPTOMES DES TUMEURS PARANÉPHRÉTIQUES

Nous adopterons pour la facilité de la description, la même division classique en symptômes physiques, fonctionnels et généraux.

I. — SIGNES PHYSIQUES

Tumeur. — Le *début* est toujours insidieux. La tumeur, quelle que soit sa nature, est absolument indolente et produit peu ou pas de symptômes fonctionnels capables d'attirer l'attention des malades. Presque toujours, les malades qui font l'objet de nos observations,

se sont présentés au médecin, soit pour une maladie autre que leur tumeur du flanc, soit parce que cette tumeur, ayant acquis des dimensions assez considérables, gênait le patient par son volume ou son poids.

Ainsi, notre malade se présente dans le service, se plaignant de constipation sans avoir connaissance de la tumeur considérable qu'il portait dans le flanc gauche.

Le malade d'Elliott (Obs. II), se présente pour une phlébite, et c'est pendant l'examen, qu'on découvre une tumeur du flanc droit, qu'Elliott croyait dépendante du foie.

D'autres fois les malades réclament les secours de la médecine parce qu'ils souffrent de douleurs lombaires ou abdominales; mais, dans ce cas, on trouve toujours une tumeur d'un volume considérable, remplissant la moitié ou même la totalité de la cavité abdominale.

La tumeur abdominale reconnue, voici ses caractères :

Inspection. — Elle occupe l'un des flancs, s'étendant généralement des fosses côtes jusqu'à la fosse iliaque qu'elle remplit.

Son grand axe est dirigé verticalement.

L'abdomen, regardé de face, est comme divisé en deux parties : une moitié plate, mais non déprimée, l'autre moitié soulevée par la tumeur. L'inspection de la région lombaire nous fait remarquer qu'elle est asymétrique; celle qui correspond à la tumeur étant quelquefois soulevée.

Il est évident que l'aspect du ventre ne sera pas le

même dans le cas où la tumeur a pris de telles proportions qu'elle a rempli toute la cavité abdominale.

Cette localisation de la tumeur dans l'un des flancs n'est pas absolue. Si elle jouit d'une grande mobilité on la voit se déplacer en totalité et on l'a trouvée dans un cas à l'épigastre, simulant parfaitement une tumeur du foie. Dans un autre cas, la tumeur siégeait dans le bas-ventre, et a fait croire à une tumeur de l'utérus ou des annexes.

Ces cas sont tout à fait exceptionnels.

Nous dirons donc, qu'une tumeur paranéphrétique prend naissance dans l'un des flancs, dans la région rénale proprement dite, c'est là qu'elle se développe et peut gagner ensuite, grâce à son accroissement, tous les points de la cavité abdominale.

Palpation. — La tumeur paranéphrétique se présente à la palpation, sous forme d'une tumeur assez régulière, lisse, sans saillies ni dépressions. Une seule fois Elliott a pu constater des bosselures à sa surface. Sa consistance est ordinairement assez ferme. Ce n'est pas la même consistance qu'on sentira au palper, lorsqu'on se trouvera en présence de lipomes ou de fibro-lipomes. Dans ce cas là, on sentira une tumeur mollassse, présentant une fausse fluctuation, ce qui a fait croire qu'on a affaire à des tumeurs liquides.

Ainsi, Thiriar (Bruxelles), extirpe un fibro-lipome paranéphrétique, croyant intervenir pour un kyste multiloculaire de l'ovaire. Cette erreur a été commise par d'autres chirurgiens.

Si on essaye à imprimer à la tumeur quelques mou-

vements, on en obtient, quand la tumeur n'est pas très volumineuse, de très limités et dans le sens latéral. Une seule fois la tumeur paranéphrétique d'un volume moyen était tellement mobile qu'on croyait être en présence d'un rein flottant. D'une manière générale on peut dire que les lipomes sont plus mobiles que les autres variétés de tumeurs.

La tumeur, quand elle a acquis un volume assez grand, devient absolument fixe et ne suit pas les mouvements du diaphragme, c'est un caractère dont il faut tenir grand compte au point de vue du diagnostic.

Le ballottement proprement dit manque dans le cas de tumeur paranéphrétique, signe négatif d'une certaine valeur.

En faisant glisser la peau, qui n'est pas adhérente, sur la tumeur, on sent par place une sorte de crépitation ou de frémissement tout particulier.

Chez notre malade, nous avons senti sur le bord interne de la tumeur, de petites nodosités, de dimension d'un petit pois.

On comprend aisément que la palpation ne donnera aucun renseignement dans le cas d'une tumeur énorme remplissant toute la cavité abdominale et le cas de Spencer-Wells est intéressant à ce point de vue :

Une femme de 33 ans se présente à lui avec une énorme tumeur, qui remplissait tout le ventre. Il lui a été absolument impossible, malgré un examen minutieux, de préciser à quel organe de la cavité abdominale appartenait la tumeur. A l'autopsie on trouva une tumeur de 84 livres adhérente au foie, au côlon et sur-

tout au rein. Par une dissection minutieuse on a pu détacher le rein intact.

D'après Wilson Fox (qui examina la pièce), ils s'agissait d'une tumeur fibro-plastique et qu'elle avait probablement pris naissance dans le revêtement séreux du rein.

Nous savons, que dans quelques tumeurs abdominales on peut sentir entre la peau et la tumeur un cordon plat, qui n'est autre que le gros intestin vide. On n'a rencontré, qu'une seule fois, cette disposition. La tumeur paranéphrétique se trouve directement sous la peau sans y adhérer.

Percussion. — Elle donne une matité sur toute l'étendue de la tumeur. La région lombaire du côté malade est aussi mate, caractère distinctif des tumeurs de la rate.

Heyder a noté un son tympanique à l'épigastre.

Paquet reconnu, chez son malade, une zone de sonorité de haut en bas sur la partie latérale gauche de l'abdomen.

SYMPTOMES DUS A LA COMPRESSION
DES
ORGANES INTRA-ABDOMINAUX

Varicocèle symptomatique. — Décrit par le professeur Guyon pour les tumeurs du rein ; nous l'avons rencontré chez notre malade, porteur d'une tumeur paranéphrétique.

Il prend, dès le commencement, un volume assez considérable et il est très douloureux.

Ascite. — On a noté dans quelques cas un léger épanchement dans le péritoine, surtout lorsque la tumeur s'était développée à droite. C'est le plus souvent une trouvaille d'opération. L'ascite n'a jamais été assez abondante pour être diagnostiquée pendant la vie; ordinairement elle fait complètement défaut.

Circulation veineuse complémentaire, qui ne présente rien de particulier.

Œdème des membres inférieurs. — Il survient assez tardivement, dans la dernière période de la maladie, et il commence habituellement par le membre du côté malade pour gagner ensuite l'autre.

Le cas cité par Elliott est remarquable en ce sens que, malgré une forte gêne de la circulation veineuse, il n'y avait pas d'œdème des membres inférieurs.

Compression de la vessie. — Dysurie, pollakiurie.

douleurs irradiées le long de l'urètre jusqu'au gland. Rétentions et incontinenances d'urine.

Compression du rectum. — Constipation opiniâtre. Elle peut apparaître de bonne heure, avant tout autre symptôme de compression. Comme nous l'avons déjà dit, notre malade entrain à l'hôpital pour la constipation qui le torturait depuis longtemps.

Si la tumeur adhère à l'intestin on peut voir se produire de la diarrhée assez tenace, qui fatigue énormément les malades.

Déplacements des organes. — Quand la tumeur paranéphrétique a pris certain volume, elle déplace les organes avec lesquels elle se trouve en contact et on peut alors constater que la *rate* peut être déplacée, si la tumeur s'est développée à gauche. A l'autopsie de notre malade, nous avons trouvé la rate refoulée en haut et appliquée à plat contre la face inférieure du diaphragme.

Le *foie* peut lui aussi être refoulé en haut.

Le *gros intestin* est toujours déplacé, soit vers l'épigastre, soit dans l'autre moitié de l'abdomen; mais jamais il ne se place en avant la tumeur, comme cela arrive pour la plupart des tumeurs abdominales.

Chez la femme, Heyder a trouvé l'utérus en antéflexion et rétroversion, un prolapsus modéré de la paroi antérieure du vagin et de la paroi postérieure avec rectocèle.

Nous terminerons les symptômes physiques des tumeurs paranéphrétiques, par l'examen des urines. Nous ne saurions assez insister sur l'importance de

l'examen des urines dans l'espèce.

Dans toutes les observations on a toujours signalé les *urines normales* comme qualité et comme quantité.

Jamais nous n'avons constaté la présence, dans les urines, d'albumine, de sucre, de globules rouges, blancs ou de pus, ni autres éléments figurés. C'est un symptôme négatif dont il faut tenir grande considération.

En face d'un malade portant une tumeur du flanc, il faut faire journellement l'analyse des urines aussi complète que possible.

II. — SIGNES FONCTIONNELS

Douleur. — C'est un signe qui apparaît tardivement et en général dans la dernière période de la maladie.

Nous avons assez insisté sur l'indolence de la tumeur, au début et pendant son évolution.

La douleur, quand elle apparaît, elle présente quelques caractères propres, importants à signaler :

Elle est localisée à la région lombaire d'un seul ou des deux côtés ; de là, elle s'irradie dans l'abdomen, dans les deux aines et surtout le long du membre inférieur, du côté où siège la tumeur.

C'est une douleur sourde, pongitive, continue, calmée ou exagérée par les différents mouvements.

Ainsi notre malade arrivait à calmer ses douleurs

en prenant les positions les plus bizarres, il se trouvait bien, accroupi ou couché sur la tumeur ; tandis que les douleurs s'exagéraient, quand il était assis sur une chaise.

Compression nerveuse. — La tumeur paranéphrétique peut comprimer les plexus lombaires et sacrés d'où douleurs fortes siégeant dans les reins et dans les membres inférieurs. On peut constater différentes zones d'anesthésies, aux cuisses, aux jambes, etc.; (voir des détails, dans notre observation).

Les malades porteurs de tumeurs paranéphrétiques énormes, souffrent de la gêne respiratoire produite par le refoulement en haut du diaphragme.

III. — SYMPTOMES GÉNÉRAUX

Les tumeurs paranéphrétiques peuvent évoluer pendant un certain temps, sans que la santé générale soit manifestement atteinte.

L'appétit est conservé ; l'amaigrissement nul ou à peine marqué.

Mais à partir d'un certain moment, lorsque la tumeur a acquis un volume assez grand, le tableau change assez vite : l'amaigrissement, la perte de forces, deviennent considérables, l'appétit disparaît peu à peu et les malades sont emportés par le progrès de la cachexie.

S'il s'agit de lipomes ou fibro-lipomes, l'évolution est très lente et l'état général n'est pas touché ; l'ablation de ces tumeurs peut être suivie d'une guérison durable et parfaite.

DIAGNOSTIC

En face d'un malade, qui se présente avec un néoplasme abdominal ayant tous les caractères que nous venons de décrire, le diagnostic de tumeur paranéphrétique sera plus qu'une présomption ; il deviendra une probabilité, après avoir éliminé, une par une, toutes les autres tumeurs abdominales, capables de la simuler.

Mais comment y arriver ?

C'est ce que nous proposons d'étudier dans le chapitre suivant.

Nous éliminerons d'abord les tumeurs *de la paroi abdominale*, en employant le procédé proposé par M. le professeur Tillaux et qui consiste à marquer avec un crayon dermatographique le point culminant de la tumeur ; puis, on fait exécuter par le malade, quelques mouvements forcés d'inspirations. Si la tumeur est dans la paroi, le trait marqué par le crayon et le point culminant restent fixes ; sinon ils varient dans leurs rapports.

Le plus souvent la palpation seule suffit. On recon-

naîtra alors, que la tumeur s'est développée dans la paroi si elle est mobile, quand les muscles droits de l'abdomen sont relâchés et au contraire elle devient fixe, quand ceux-ci se contractent.

TUMEURS DU REIN

Les chirurgiens ont pu commettre l'erreur de confondre une tumeur reinale avec une tumeur paranéphrétique ; ils croyaient extirper un rein néoplasique et, c'est pendant l'intervention, qu'ils constataient que le rein, parfaitement normal, se trouvait englobé par une tumeur, qui avait pris naissance autour de lui.

Nous ne parlerons certainement pas de ces petits fibromes ou lipomes intra-rénaux, qui passent souvent inaperçus.

Sarcome du rein. — Ordinairement de petit volume peut cependant simuler une tumeur paranéphrétique, lorsqu'il a acquis de fortes dimensions.

Voici les caractères différentiels :

Dans le cas de sarcome rénal on a noté quelquefois *des hématuries*.

La tumeur rénale est absolument fixe et n'obéit pas aux mouvements de la respiration.

Sa *marche rapide* qui fait qu'en quelques mois elle prend des dimensions considérables.

Enfin, le sarcome du rein survient dans l'enfance,

presque toujours avant 5 ans. *L'âge du malade* présente dans ce cas un grand intérêt.

Cancer du rein. Ce n'est pas dans la douleur qu'il faut chercher un élément de diagnostic. Elle peut manquer complètement et quand elle existe elle n'a rien de particulier. *L'altération des urines* est de la plus grande importance dans l'espèce. Le cancer du rein occasionne, dès le début, des troubles dans la sécrétion urinaire.

Le microscope peut, quelquefois, déceler des globules blancs et de pus, des éléments mêmes du néoplasme, ce qui est pathognomonique.

L'hématurie constitue un symptôme d'assez grande valeur et surtout lorsqu'elle se présente avec ses trois caractères propres :

- 1° D'être absolument spontanée,
- 2° De ne pas être modifiée par le repos ou le mouvement,
- 3° De s'accompagner de pseudo-coliques néphrétiques, expliquées par l'expulsion, par les urines, de longs caillots cylindriques,

Nous n'avons jamais rencontré dans nos observations, aucune modification pathologique des urines.

Nous pouvons dire d'une manière absolue, que dans le cas de tumeurs paranéphrétiques, les urines sont normales comme qualité et comme quantité.

Ordinairement, le cancer rénal ne prend pas de dimensions aussi considérables que les tumeurs paranéphrétiques pour remplir la moitié ou la totalité de la cavité abdominale.

Quand il se développe à gauche, les circonvolutions intestinales se placent entre la tumeur et la paroi.

Le cœcum et la partie inférieure du côlon ascendant, cheminent transversalement en avant de la tumeur. Lorsque c'est le rein droit qui est envahi par le néoplasme, celui-ci est généralement séparé de la paroi abdominale, par le côlon descendant. Nous n'avons rencontré qu'une seule fois cette disposition du gros intestin ; la tumeur était toujours située sous la paroi.

Ebstein attribue une grande importance à ce déplacement de l'intestin.

Ajoutons encore, que le cancer du rein est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. C'est le contraire dans le cas de tumeur paranéphrétique.

Kyste hydatique du rein. — Le kyste échinocoque du rein d'une certaine dimension, produit une sorte de pesanteur au niveau des lombes.

Par la palpation méthodique, on peut sentir une tumeur plus ou moins sphérique, rénitante, et quelquefois même le frémissement hydatique, signe de grand valeur.

La dureté de la tumeur kystique peut être assez grande pour faire croire à une tumeur solide extra-rénale.

Dans ce cas, une palpation patiente pourra nous donner la sensation d'une masse qui n'est pas partout homogène, à côté d'une partie dure, rappelant vaguement le rein, on peut sentir d'autres poches kystiques nettement fluctuantes.

La constatation de l'intestin devant la tumeur sera

d'une certaine valeur.

Enfin, l'ouverture du kyste dans les voies urinaires ou dans un organe creux du voisinage, lèvera les doutes.

Dans quelques cas on aura recours à la ponction exploratrice.

Nous terminerons le diagnostic avec les tumeurs rénales, en disant quelques mots sur le rein flottant, qui peut simuler une petite tumeur paranéphrétique, jouissant d'une mobilité insolite.

L'erreur a pu être commise.

Le rein flottant est, presque toujours, entouré d'un certain nombre d'anses intestinales; ainsi, la percussion, à ce niveau, donnera un son tympanitique. Il se présente à la main de l'explorateur sous la forme d'une tumeur lisse, résistante, ayant plus ou moins la forme du rein.

Le rein mobile s'accompagne généralement de douleurs (chez la femme au moment des règles), de troubles gastriques et nerveux.

Possibilité de la réduction du rein flottant dans sa loge.

Enfin, Trousseau attache une grande importance à une sensation douloureuse toute spéciale, accompagnée de nausées, douleur développée par la palpation du rein flottant.

TUMEURS DE L'OVAIRE

L'erreur a pu être commise dans le cas où la patiente se présentait avec une tumeur paranéphrétique d'un volume assez considérable et présentait presque tous les caractères d'une tumeur ovariennè à sa dernière période.

Il est évident, qu'on ne pourra pas confondre une petite tumeur paranéphrétique avec une tumeur ovarienne à sa première période; l'une se développant dans le flanc et inaccessible à l'exploration vaginale; l'autre dans la cavité pelvienne et qu'on peut sentir dans l'un des culs-de-sac vaginaux.

Voyons quels sont les symptômes propres aux tumeurs de l'ovaire et qu'on ne trouve presque jamais dans le cas de tumeur paranéphrétique.

Tumeurs solides de l'Ovaire. — Il faut, dans ces cas, examiner à fond l'évolution de la maladie, qui peut nous mettre sur la voie du diagnostic. La malade nous raconte ordinairement, qu'au début de sa maladie elle souffrait de tiraillements, d'élancements dans le bas-ventre, aux aines, au périnée, qu'elle a eu des troubles menstruels, de la dysménorrhée en particulier, de troubles portant sur la miction et la défécation et qu'à un moment donné, tous ces symptômes ont diminués ou même disparus.

L'exploration vaginale constate une élévation de

l'utérus (entraînée par la tumeur), et il n'est pas rare de trouver une déviation latérale en raison de laquelle le museau de tauche se dirige du côté où siège la tumeur.

Le toucher, combiné au palper abdominal, peut faire saisir la tumeur et sentir qu'elle dépend de l'ovaire; tandis que s'il s'agit d'une tumeur paranéphrétique, on ne peut la sentir par le toucher que si elle est assez volumineuse, et alors on arrive à se rendre parfaitement compte que les annexes de l'utérus sont libres, sans connexion avec le néoplasme.

Les tumeurs ovariennes sont en outre le siège d'é-lancements ou de douleurs profondes; dans d'autres cas, elles s'accompagnent d'accidents péritonitiques (fièvre, vomissements, petitesse et fréquence du pouls, altérations des traits, etc.); accidents que nous n'avons jamais rencontrés dans les tumeurs paranéphrétiques.

Kystes de l'ovaire. — De même que pour les tumeurs ovariennes solides, la difficulté du diagnostic commence, quand le kyste a acquis un certain volume et il est devenu une tumeur franchement abdominale. Les symptômes fonctionnels sont, très souvent, les mêmes que pour les tumeurs paranéphrétiques.

Il faut interroger la malade sur le mode du développement de la tumeur et on apprendra alors, qu'au début la tumeur siégeait dans l'une des fosses iliaque, d'où elle a gagné peu à peu, la ligne médiane, s'élevant vers l'ombilic. Nous avons vu que le mode d'accroissement d'une tumeur paranéphrétique n'est pas du tout le même; elle fait son apparition dans le flanc, de

là, elle s'étend en haut au dessous des fausses côtes, et en bas vers la fosse iliaque.

Un des premiers symptômes des kystes ovariques, c'est la *douleur*. Les malades nous disent le plus souvent, qu'elles ont souffert au commencement de leur affection, de douleurs sourdes, localisées dans l'une des fosses iliaques, d'une gêne, d'une pesanteur, ou d'un espèce de tiraillement dans les reins et dans le dos, et quelquefois elles ont présentées les symptômes de l'hystérie.

Nous avons assez insisté dans notre description, sur l'indolence de la tumeur paranéphrétique à son début.

Par l'examen direct on constate que le ventre a une forme plus ou moins globuleuse, occupant généralement la ligne médiane. Par le palper on peut sentir une fluctuation nette (si le kyste est uniloculaire et la poche pas très distendue). La percussion nous apprend que les flancs sont ordinairement sonores, contrairement à ce qu'elle nous donne dans le cas de tumeur paranéphrétique ; le flanc du côté malade étant toujours mate, et cette matité s'étendant le plus souvent en arrière jusqu'à la colonne vertébrale.

Nous avons noté quelques modifications et déplacements du côté des organes génitaux internes apportés par une énorme tumeur paranéphrétique, modifications constatées par le toucher vaginal ; celui-ci restera souvent négatif dans le cas de kyste de l'ovaire, à cause de l'élévation de la tumeur dans la cavité abdominale et qui a entraînée avec elle l'utérus et ses annexes.

On a noté aussi des troubles menstruels, des modifications de l'urine (diminution de la quantité, présence d'albumine), des souffles, des bruits hydroaériques que Bacelli croyait être caractéristiques aux kystes de l'ovaire.

L'apparition d'une complication : inflammation du kyste, péritonite, rupture du kyste, lèvera tous les doutes.

Enfin, dans les cas très difficiles, on aura recours à la laparotomie exploratrice.

TUMEURS DU MÉSENTÈRE.

Ces tumeurs se caractérisent souvent, comme les tumeurs paranéphrétiques, par leur indolence et le peu de troubles fonctionnels, qu'elles causent, malgré leur volume parfois excessif.

Cependant elles en diffèrent par plusieurs points, importants à signaler, que nous avons puisés dans la remarquable thèse d'agrégation de M. Augagneur, sur les tumeurs du mésentère.

Le malade, porteur d'une tumeur semblable, s'est aperçu de l'existence du mal, tantôt par la constatation accidentelle d'une tumeur abdominale, tantôt par des sensations douloureuses.

Voici les caractères propres d'une tumeur appartenant au mésentère :

I. — Elle fait *son apparition* généralement au niveau de l'ombilic, le plus souvent du côté droit. Augagneur insiste beaucoup sur ce lieu d'apparition, qui a une importance capitale au point de vue du diagnostic, d'autant plus qu'au moment où le chirurgien voit le patient, le néoplasme a pris une telle étendue, qu'il n'est pas possible de décider qu'elle a été sa situation au début.

II. — La *mobilité* de la tumeur constitue un signe de la plus grande valeur. Elle se fait dans tous les sens, mais principalement dans le sens latéral. Nous avons signalé quelque mobilité aux tumeurs paranéphrétiques; mais elle se fait dans des limites beaucoup moins étendues et non pas dans tous les sens.

III. — Le professeur Tillaux donne comme signe presque constant, une *sonorité au devant la tumeur*, sonorité produite par les anses intestinales interposées entre la tumeur et la paroi abdominale.

IV. — La *douleur*, signe négatif au début des tumeurs paranéphrétiques, est assez souvent le phénomène initial des tumeurs du mésentère.

Le malade localise quelquefois la douleur au niveau de l'ombilic ou à son voisinage.

On l'a trouvée aussi, dans d'autres cas, à l'épigastre ou à la fosse iliaque.

V. — *L'aspect du ventre*, uniformément développé à sa partie médiane, ou piriforme (lipomes) sera en faveur d'une tumeur mésentérique.

Suivant M. Tillaux, une tumeur intra-abdominale sera considérée comme appartenant au mésentère,

quand elle présentera les trois symptômes suivants :

- (a) *Mobilité très grande dans tous les sens.*
- (b) *Situation sur la ligne médiane.*
- (c) *Zone de sonorité à la percussion, en avant de la tumeur.*

Quoique ces caractères ne soient pas d'une valeur absolue au point de vue clinique ; ils sont néanmoins d'une grande utilité pour le diagnostic ; car nous ne les trouvons jamais réunis dans les tumeurs paranéphrétiques.

TUMEURS DE LA RATE

Incontestablement, le diagnostic entre une tumeur paranéphrétique et une tumeur de la rate est le plus difficile.

Le mode de développement d'une tumeur splénique sa localisation, le phénomènes physiques ou fonctionnels qu'elle présente sont tellement identiques à ceux d'une tumeur paranéphrétique, que le diagnostic paraît, à premier abord, presque impossible.

Cependant, l'examen attentif et minutieux de chacun de ses symptômes, finira par nous donner quelques caractères distinctifs et propres aux tumeurs de la rate, que nous tâcherons de relever dans ce chapitre.

Cancer de la rate. — La douleur peut manquer aussi au début ; mais, quand elle apparaît, à une cer-

tainc époque de la maladie, elle est localisée dans l'hypocondre gauche, de là elle s'irradie de tous les côtés, ou dans l'épaule gauche; elle n'est pas continue, mais survient par crises. Nous rappellerons ici les caractères de la douleur produite par une tumeur paranéphrétique à sa dernière période, elle est lombaire, avec irradiation du côté de l'abdomen et le long du membre inférieur du côté malade.

La *tumeur* peut-être appréciée par le malade lui-même, qui a une sensation de pesanteur toute spéciale.

L'inspection montre souvent une voussure du flanc gauche, *sans déformer la région lombaire correspondante*. Par la palpation on peut sentir des bosselures et des inégalités à sa surface, et que la tumeur a plus ou moins la forme de la rate.

De plus, les bords de la tumeur ne sont pas parallèles, ils circonscrivent une ellipse à grande axe oblique en bas et en dedans.

La percussion de la région lombaire donne une sonorité normale; c'est un signe distinctif de grande valeur; car nous avons vu que cette région est absolument mate, et peut être même déformée par la tumeur paranéphrétique.

Les signes fonctionnels des tumeurs paranéphrétiques manquent le plus souvent pendant un laps de temps assez long de leurs évolutions, et les observations qui suivent en font foi. Dans le cancer de la rate, au contraire, on a noté des hémorrhagies (par le nez, intestin, etc.), de la dyspepsie, de la diarrhée, de l'hydrémie, l'amaigrissement rapide, le teint jaune paille.

Enfin, l'inflammation de l'organe peut se propager au péritoine voisin et produire de la péritonite aiguë ou chronique, accident que nous n'avons jamais rencontré dans les observations que nous possédons.

Autres tumeurs de la rate. Nous passerons rapidement sur le diagnostic de l'hypertrophie de la rate due à l'impaludisme ou à la lymphadénie ; les antécédents du malade et l'examen du sang suffisent généralement.

Nous dirons cependant quelques mots sur la *splénomégalie primitive* du professeur Debove.

La rate se présente, dans ce cas, sous forme d'une tumeur occupant tout le flanc gauche, et qui peut, par ses caractères physiques, simuler parfaitement une tumeur paranéphrétique.

C'est l'examen du sang, qui nous mettra sur la voie du diagnostic : on trouvera toujours une diminution considérable des globules rouges, 2-3 millions. La valeur globulaire est abaissée. Il n'y a pas d'augmentation de leucocytes, qui sont volumineux, à gros noyaux en boudin. On trouve l'hypertrophie concomitante du foie. On a noté, en plus, des troubles digestifs, alternation de diarrhée et de constipation, de polyurie et d'oligurie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

KNOWSELY THORNTON. — TRANSACTION PATHOLOGICAL
SOCIETY-LONDON 1883.

Sarcome alvéolaire de la capsule rénale droite.

Le 2 février 1883, j'ai pu enlever une tumeur sarcomateuse, à une femme de 53 ans, entrée au Samaritan Hôpital. La tumeur paraît-être un sarcome de la capsule du rein, lequel paraît un peu évasé vers son centre. L'artère rénale et sa veine sont très volumineuses.

Après avoir enlevé la tumeur, il était impossible de trouver l'extrémité rénale de l'uretère; ce qui prouve que la tumeur en enveloppait une partie.

La tumeur était considérée, six ans auparavant, comme un rein flottant; elle augmentait d'abord lentement et ensuite fort rapidement. L'urine de la malade était normale au moment de son entrée à l'hôpital.

Croyant à une tumeur ovarienne, j'ai commencé par laparotomiser la malade; mais m'apercevant bientôt de

mon erreur, je ne fus pas moins heureux d'enlever complètement la tumeur. L'examen montra qu'il s'agissait d'un sarcome alvéolaire de la capsule rénale droite.

J'ai soumis la tumeur à deux autres examens histologiques, qui confirmèrent mon opinion sur la nature de la tumeur.

OBSERVATION II

ELLIOTT. — THE LANCET 1879.

Tumeur sarcomateuse de l'abdomen, entourant le rein droit.

G. B., âgé de 39 ans, entra dans mon service en avril 1878, pour une phlébite de la jambe droite. En l'examinant quelque temps après son entrée, j'ai remarqué par hasard une tumeur dans la région épigastrique simulant une hypertrophie du foie. Le malade fût fort surpris de ma constatation, n'ayant jamais senti quoique ce soit d'anormal dans la région épigastrique, se plaignant uniquement de sa jambe.

La phlébite une fois guérie, le malade quitta le service et revint au mois de décembre suivant, incommodé cette fois-ci de la tumeur, que j'avais précédemment constatée et dont le volume avait considérablement augmenté.

Je croyais toujours à une tumeur intéressant le foie; mais je changeais tout de suite d'opinion, d'une part à

cause du volume considérable de la tumeur, dont la surface devenait inégale et d'autre part à cause du développement énorme des veines abdominales superficielles indiquant une forte obstruction de la veine cave. Il n'y avait pas d'autres symptômes; mais le malade dépérissait à vue d'œil. Le malade a eu quelques crises épileptiques et mourut environ douze mois après la constatation de l'existence de la tumeur.

Examen post-mortem. — En ouvrant l'abdomen on constata une tumeur énorme, noueuse à sa surface et occupant la plus grande partie de la cavité abdominale, passant sous les côtes (en soulevant le foie) et descendant à droite dans la cavité pelvienne. La tumeur était en contact avec le foie et l'estomac sans toutefois y adhérer; par contre elle présentait des adhérences intimes avec les intestins. Il était impossible de l'en détacher.

La masse, dans laquelle disparaissait complètement le rein droit, était adhérente à la colonne vertébrale par un pédicule, qui s'étendait le long du corps des quatre premières vertèbres lombaires. Le corps de la première vertèbre lombaire présentait une érosion profonde. La portion abdominale de l'aorte adhérait à la tumeur; la veine cave y était complètement enclavée. Le rein gauche était sain et présentait un volume double de la normale.

Réflexions : Le cas présent se distingue par les points suivants :

- 1° L'énorme volume de la tumeur;
- 2° Malgré le profonde érosion d'une vertèbre le malade n'avait jamais accusé de douleur dans cette région.
- 3° Malgré la compression complète de la veine cave il n'y avait pas d'œdème des membres inférieurs.
- 4° La position primitive de la tumeur et l'examen

microscopique de la pièce qui prouve, que la tumeur n'avait pas pris naissance dans le rein; mais dans le tissu conjonctif prévertébral.

Il s'agissait d'un sarcome à cellules arrondies.

OBSERVATION III

BARON BUSCHMANN. — VIENER MÉDICINISCHE
WOCHENSCHRIFT 1880.

*Extirpation d'un fibrome rétro-péritonéal de grosse
dimension englobant le rein gauche.*

M. M. de Wilna, âgée de 36 ans, réglée à 15 ans; à partir de cette époque les règles ont toujours été normales. Elle les a eues pour la dernière fois du 1-4 mars 1879. A 19 ans, elle se marie et reste sans enfants après deux ans de mariage. Après la mort de son mari, veuve pendant six ans elle se remaria pour la deuxième fois et eut 4 enfants dans les premiers 4 ans.

Depuis 3 ans, elle constata une augmentation de son ventre; mais refuse la ponction proposée par son médecin ordinaire. Elle souffre d'une bronchite depuis un an et le 13 janvier 1879, eut une hémoptysie.

Le 30 mars de la même année, elle est reçue dans la clinique du Docteur Eder, et présente alors l'état suivant:

Le corps de dimension moyenne, de faible stature, assez mal nourrie. La peau sèche, les muqueuses pâles. Pas d'œdèmes. Les organes thoraciques (sauf la bronchite) ne présentent rien d'anormal.

Le ventre, très augmenté de volume, (les dimensions n'ont pas été prises) donne à la palpation une dureté toute particulière, de consistance élastique, sans fluctuation nette. Toute la surface du ventre est mate, se confondant avec la matité du foie et de la rate. L'exploration du vagin permet de reconnaître, que la tumeur absolument fixe et n'a pas de connexions avec l'utérus, qui est normal.

Pas de difficulté de la respiration.

Les selles et les mictions n'attirent pas l'attention.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Elles sont absolument normales.

Les douleurs assez fortes, sont produites surtout par le poids de la tumeur.

Dans ces derniers temps, amaigrissement très rapide.

Opération le 1^{er} avril par le professeur Billroth.

Laparotomie. — Après ouverture du ventre, on aperçoit une tumeur énorme, très vasculaire, recouverte par le péritoine qui est très mince, tumeur un peu fluctuante. On coupe le péritoine, et l'on introduit un gros trocart dans la tumeur, ce qui produit une forte hémorrhagie, très difficile à arrêter.

On dégage la tumeur de l'intestin et du péritoine. Rein et capsule surrénale fortement adhérents à la tumeur; l'essai de les dégager produit une grande hémorrhagie. On les enlève alors avec la tumeur. On y remarque que, la tumeur, non pédiculée, est située entre les deux feuillets du ligament large et derrière le mesentère; et s'accroissant d'arrière en avant elle a repoussé le péritoine devant elle.

La tumeur pèse 18 kilos.

Nettoyage du ventre. Utérus et ovaires normaux, sans connexions avec la tumeur. Quatre drains. Suture du

ventre. Pansements antiseptiques.

Le jour de l'opération, pas de fièvre, urines claires.

2 avril. A midi, nausées, abdomen peu sensible, langue recouverte d'un enduit sale. Urines, 700 cmc. en 24 heures. Le soir elle a ses règles.

Température, 38°. Pouls, 104.

3-4 avril. Symptômes de péritonite. La plaie a une bonne apparence, elle suppure très peu. Les drains sont enlevés le quatrième jour. Beaucoup de météorisme. Les nausées la torturent, on les calme par des piqûres de morphine. Glace et excitants.

Urines, 1,200 (le 3). 1,400 (le 4).

5 avril. Le collapsus augmente toujours.

Urine, 1,000 cmc.

Le soir, sopor et meurt avant minuit. Les règles avaient continué jusqu'à la mort.

Autopsie impossible.

Examen de la tumeur. — Myo-fibrome anormalement riche en fibres musculaires. Nullement adhérente, non pédiculée.

Rein et capsule surrénale complètement normaux adhérents à la tumeur. Grosses veines dilatées sous l'enveloppe de la tumeur.

C'était la troisième observation de Monsieur Billroth, d'un gros myo-fibrome de l'abdomen, n'ayant pas d'adhérences avec l'utérus et les ovaires.

OBSERVATION IV

PROFESSEUR PAQUET (DE LILLE). — BULLETIN MÉDICAL
DU NORD 1886.

Enorme angio-sarcome de la capsule rénale gauche.

Femme de 44 ans, grande, robuste, qui a eu cinq enfants, bien réglée, sans antécédents héréditaires. Il y a 15-18 mois, elle sentit son ventre se développer par le bas de la partie moyenne. Elle se croyait enceinte; toutefois les règles persistèrent. Le médecin de la malade crut à un kyste de l'ovaire. M. Hallez qui vit la malade diagnostiqua aussi kyste de l'ovaire; mais avec quelques restrictions. M. Hallez l'adressa à M. Paquet, à la maison de santé.

M. Paquet porta le diagnostic de tumeur fibro-kystique. Toutefois il remarqua qu'elle jouissait d'une mobilité plus grande que celle qui accompagne les tumeurs formées dans le bassin. De plus il reconnut une sonorité particulière de haut en bas du côté gauche. La malade réclamait vivement l'opération. M. Paquet céda à son désir.

Opération. — Incision de la paroi abdominale suivant la ligne blanche. On arrive sur la tumeur. Un trocart est enfoncé, mais on n'obtient qu'un peu de sang. Il s'agit

d'une tumeur solide. La tumeur est enveloppée d'un second feuillet de péritoine qui est incisé. On cherche alors à décortiquer peu à peu la masse morbide. Cette décortication est très difficile. On voit à la surface de la tumeur des veines énormes, de la grosseur du doigt. On est obligé de sectionner quelques-unes de ces veines entre deux ligatures. A un moment donné, les progrès de la décortication conduisent sur le rein gauche. Cet organe constitue le pédicule de la tumeur. Des ligatures sont jetées sur les vaisseaux et sur l'uretère. Une hémorragie considérable se produit au moment de la ligature. Il fallut lier à nouveau le bout central de l'artère rénale et faire une ligature latérale sur la veine cave inférieure. Enfin l'hémostase fut complète. Après toilette du ventre, la cavité abdominale fut renformée, comme dans une ovariectomie.

Suites de l'opération. — La malade avait perdu une quantité considérable de sang tant par les vaisseaux sectionnés que par le fait de l'ablation de la tumeur, qui en était gorgée. La journée et la nuit qui suivirent ne furent pas mauvaises. Pas d'élévation de la température. Le lendemain il y avait plutôt de l'hypothermie. La soif était vive. Les urines en petite quantité (150 grammes environ). Il faut toutefois remarquer, qu'après de grandes hémorragies, on observe une diminution marquée dans la quantité des urines rendues.

Le lendemain matin, état assez satisfaisant. Vers onze heures un affaissement assez brusque se produisit et la malade mourut en pleine connaissance 36 heures après l'opération.

Pour Monsieur Paquet, la mort ne reconnaît pour cause ni une péritonite ni une hémorrhagie. Faut-il l'attribuer au choc opératoire, à une anémie suraigüe ? Il est difficile de le dire.

L'autopsie n'a pu être faite.

La tumeur formait une masse énorme de 12-14 kilos, formée par un tissu aréolaire, spongieux, gorgé de sang. Les mailles plus ou moins épaisses sont constituées par un tissu sarcomateux. *Le rein était sain*, seule la capsule était le point de départ de la tumeur.

OBSERVATION V

M. THIRIAR (DE BRUXELLES. — CONGRÈS FRANÇAIS
DE CHIRURGIE 1889).

*Sur un cas de fibro-lipome de la capsule cellulo-adipeuse
du rein, qui nécessite la laparotomie et la néphéctomie.*

Les tumeurs de la capsule cellulo-fibreuse des reins sont rares et d'un diagnostic difficile. Celle que j'ai enlevée récemment chez une femme de 63 ans, avait été prise par moi, pour un kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Cette tumeur avait débuté six mois avant de l'entrée de la malade à l'hôpital du côté gauche du ventre et avait augmenté rapidement de volume. Les urines ne présentaient rien d'anormal au point de vue des chlorures et de l'urée. La malade portait un petit lipome dans la région

frontale droite. A l'examen, on trouve dans le ventre, une tumeur très mobile, fluctuante en apparence. Le toucher vaginal apprenait que le bassin était libre.

Opération (le 29 juin 1889). — Après incision médiane du pubis à l'ombilic, on tombe immédiatement sur une tumeur dont le siège était sous péritonéal. Un rapide examen intra-abdominal, me révéla que la tumeur était libre d'adhérences sauf au niveau du caecum. J'incisai le péritoine et reconnus aussitôt la nature de la tumeur. Je la décortiquais, en commençant du côté gauche, je tombais aussitôt sur un cordon fibreux, qui n'était autre que l'urètre droit englobé par la tumeur, je dus le sectionner entre deux ligatures. La décortication continuant, je tombais sur un nouveau lipome plus petit et voisin du premier, enfin sur le rein auquel adhérait la tumeur. J'en fis l'ablation. Il restait ainsi une énorme cavité, allant de la face inférieure du foie à l'arcade crurale. J'en fis un nettoyage minutieux et la drainai du côté de la région lombaire. Je réséquai une portion de péritoine et suturai de façon à isoler la cavité péritonéale. Je refermai le ventre.

Les suites opératoires furent simples. La quantité des urines peu considérable les premiers jours monta rapidement au taux normal, et le 6 juillet la malade était guérie. La tumeur pesait 11 kilos 300 grammes, elle était formée par deux parties : l'une dure et fibreuse, l'autre molle et lipomateuse.

OBSERVATION VI

BULLETIN DE LA SOC. ANATOMIQUE 1862

M. Gouraud, présente à la Société anatomique une tumeur fibro-sarcomateuse de 35 livres, adhérente au carré des lombes et au psoasiliaque gauches. Au centre de la tumeur se trouvait caché le rein.

Mais il ne fait pas mention, dans son procès-verbal, ni des signes physiques ou fonctionnels, que la malade a pu présenter pendant la vie.

M. Ordonnez, a fait l'examen histologique de la pièce et il a reconnu qu'il s'agissait d'une tumeur de nature fibreuse analogue aux polypes muqueux.

OBSERVATION VII

SPENCER-WELLS BRITISH MEDICAL JOURNAL

Ablation de deux tumeurs circumrénales. Guérison

Femme de 48 ans, mariée depuis 21 ans, elle n'avait jamais été enceinte. Elle a commencé à sentir des douleurs

abdominales en 1874 et en 1878 elle était assez grosse pour faire croire qu'elle était enceinte. Le ventre avait augmenté progressivement. Depuis 1881, à cause d'un prolapsus utérin, elle portait un pessaire et avait, de plus, éprouvé de la raideur et de l'engourdissement dans la jambe droite. Les règles et les fonctions urinaires ont toujours été normales. L'opération fut faite à Tooting en novembre 1883.

Anesthésie avec bi-chlorure de méthylène.

Avant l'opération, M. Spencer-Wells, avait été très hésitant, pour préciser le caractère et l'origine de ces tumeurs; il s'était contenté de dire, qu'il y avait là deux tumeurs solides très mobiles, dont l'ablation ne semblait pas offrir de sérieuses difficultés.

L'incision fut faite comme pour une ovariectomie. On constata alors une masse ressemblant à une tumeur graisseuse et qui était recouverte par une couche de tissu séreux lâche. Cette capsule incisée, la tumeur fut aisément énuclée d'une large cavité, située sur le côté gauche du bassin et dans le flanc gauche.

A la partie profonde de la tumeur énuclée, adhérait une masse rouge, qu'on prit d'abord pour une rate et qu'on reconnut après pour être le tiers du rein gauche. Le restant du rein et de l'uretère se trouvait en arrière de la capsule. Il y eut très peu d'écoulement de sang. L'intérieur de la capsule fut épongé avec soin, et les bords de l'incision, faite à cette capsule, furent rapprochés; mais sans mettre de points de suture.

Une autre tumeur semblable fut alors trouvée du côté droit et fut enlevée de même, mais de ce côté on ne vit pas le rein droit.

La seule différence, dans l'ablation de ces deux masses

fut que, du côté droit, le colon ascendant ne gêna pas; tandis que, du côté gauche, le colon descendant était adhérent à la partie antérieure de la capsule et qu'il fallut le repousser de côté, après avoir divisé cette capsule.

La malade alla aussi bien, qu'après une ovariectomie ordinaire et guérit.

Les fonctions urinaires s'accomplirent après normalement, l'urine n'étant modifiée ni dans sa quantité, ni dans sa qualité. Le Dr Wilder, qui soignait la malade, constata seulement quelques petits caillots sanguins, gros comme une tête d'épingle.

Examen histologique. — Sur la partie déchirée du rein enlevée, se voyait une papille et un calice, ce qui montrait que le bassinet était ouvert. A côté du calice se trouvait une petite masse de graisse. A la coupe, le rein avait une apparence normale. Autour du rein se trouvait une masse assez ferme, de tissu jaune-pale, évidemment formé par du tissu adipeux et du tissu fibreux. Ce tissu était en contact avec la capsule du rein, sauf sur un demi-pouce de longueur, où il était adhérent à la capsule. A ce niveau, la capsule rénale pouvait être séparée facilement de l'organe, la portion sous-jacente étant saine. Inférieurement la tumeur était constituée surtout par du tissu fibreux; mais elle présentait les mêmes caractères à l'œil nu. Les deux tumeurs n'étaient constituées, que par du tissu adipeux, les cellules adipeuses grosses et très rapprochées les unes des autres. De larges tractus de tissu conjonctif se voyait, constitués surtout par un entrecroisement de délicates fibrilles, qui donnaient l'apparence du tissu muqueux, mais on ne trouvait pas de cellules étoilées.

La formation de la graisse semblait, d'après l'examen, être secondaire à celle du tissu fibreux, on pouvait, en

effet, suivre la marche du tissu adipeux et les différentes transformations des éléments conjonctifs en éléments adipeux.

Enfin, l'examen microscopique montrait encore, que la tumeur ne provenait pas du bassinot, ni de la capsule du rein ; mais s'était développée dans le tissu circum rénal.

OBSERVATION VIII

M. HEYDER. - ARCHIVES FÜR GYNAKOLOGIE 1890

Fibro-sarcome de la capsule du rein.

Laparo-nephrectomie. - Guérison

Histoire de la maladie. — Le 2 juillet 1889, Madame W., âgée de 37 ans, fut admise dans la clinique. Elle était réglée régulièrement toutes les quatre semaines, pendant deux jours, sans douleurs ; elle a fait six couches normales et une fausse couche (de 3 mois). Le dernier accouchement date de février 1888. Les suites de couches normales. Elle a deux enfants.

La femme ne donne presque aucun renseignement sur l'évolution de sa maladie, seulement elle dit que son ventre ne s'était pas affaissé autant, après le dernier accouchement qu'après les précédents. Son ventre a commencé à augmenter de volume depuis six semaines ; mais très rapidement dans les trois dernières semaines. Pas de douleurs. Constipation opiniâtre dans les derniers temps.

La malade est assez maigre et d'un teint jaune brunâtre qui rappelle quelque peu la maladie d'Adisson. Il n'y a rien d'anormal du côté des organes thoraciques et digestifs. Le ventre est développé d'une manière uniforme. La circonférence du ventre au niveau de l'ombilic est de 104 cm.; de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, 25 cm.; de l'ombilic à la symphise, 25 cm.; de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 24 cm.; de l'ombilic à l'épine iliaque ant. sup. gauche, 26 cm.

L'augmentation du ventre est produite par une tumeur solide, à surface libre, sur laquelle on peut facilement faire glisser la peau.

La tumeur est peu mobile, indolore et remplit entièrement le ventre, sans pouvoir la rattacher à une région quelconque de l'abdomen.

A la percussion, on trouve un son tympanique à l'épigastre dans les deux hypocondres et dans la région du flanc droit; partout ailleurs, matité.

Organes génitaux. — Prolapsus modérés de la paroi antérieure du vagin et de la paroi postérieure avec rectocèle. L'utérus en antéflexion et rétroversion, très mobile, facile à sentir entre les deux mains. On ne sent pas les annexes, de même on ne peut pas atteindre la tumeur par le toucher vaginal. Léger catarrhe cervical. On ne sent pas les utérus.

Urines abondantes, claires, transparentes, de composition normale.

D'après ce qui précède on ne peut pas préciser, s'il s'agit d'une tumeur solide pédiculée de l'ovaire, ou d'une tumeur d'origine rétropéritonéale.

Opération (le 4 juillet). — Incision sur la ligne médiane. Légère ascite. On tombe sur la tumeur enveloppée

par le péritoine. Ses vaisseaux très dilatés. Ponction exploratrice de la tumeur, qui reste négative. En haut, la tumeur s'étendait jusqu'au sternum, en bas jusque dans le bassin. Par d'adhérences avec les autres organes abdominaux. Utérus et annexes normaux. La tumeur englobait le rein intact. Dégagement de la tumeur. On enlève la tumeur avec le rein, après ligatures de ses vaisseaux et de l'uretère. Jours suivant sans fièvre.

Guérison. — On vit la malade six mois après, elle jouissait d'une santé parfaite.

La tumeur enlevée pesait 15 livres, de consistance élastique; à la coupe, solide dans tous les points. Le rein, ne présente aucune altération pathologique. Les coupes histologiques, faites à l'endroit où la tumeur était adhérente au rein, montrent que la tumeur a pour origine la capsule fibreuse. La substance corticale est plus dense du côté de la capsule et parcourue par de nombreux vaisseaux dilatés.

OBSERVATION IX

COMMUNICATION DE M. SAURENHAUS — CENTRALBLATT
FÜR GYNAEKOLOGIE

Lipome de la capsule cellulo-adipeuse du rein droit.

La tumeur provient d'une femme âgée de 42 ans, qui s'apercevait de cette tumeur depuis un an. A cause de phénomènes inflammatoires du ventre, elle avait gardé le lit pendant deux mois. Les dimensions du ventre correspondent à celles d'une femme gravide de 8 mois.

Le 21 janvier. Laparotomie.

Grande incision du ventre. On aperçoit la tumeur recouverte par le péritoine, et à gauche une partie du colon ascendant. On ne peut reconnaître à ce moment, ni l'utérus, ni les connexions de la tumeur avec les organes environnants. Après avoir ouvert le péritoine, on reconnaît la tumeur comme étant un gros lipome.

Le colon ascendant est refoulé avec le péritoine. La tumeur est énuclée progressivement de sa couche péritonéale. A gauche et en arrière, on voit le rein droit et un peu plus haut une autre masse, considérée comme capsule surénale.

La tumeur prend son origine dans la capsule adipeuse du rein droit. On n'aperçoit pas l'uretère droit.

C'est en bas et à gauche, que la tumeur se laisse énucléer le plus facilement. Après ligature des vaisseaux rénaux, le rein est extirpé.

La veine est fortement refoulée à gauche. En haut et à droite le lipome est fixé le plus solidement et l'on ne peut le détacher complètement du tissu adipeux rétropéritonéal, avec lequel il se confond insensiblement.

La tumeur pèse 13 livres 1/2.

Quantité de l'urine : le premier jour, 180 cmc.; le deuxième jour, 220 cmc.; le troisième jour, 680 cmc.

OBSERVATION X

M. EISELSBERG — VIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT 1890

Fibro-lipome de la capsule adipeuse du rein.

J. B., âgée de 70 ans, ayant fait 13 accouchements, et s'était toujours bien portée, lorsqu'à un moment donné, elle commença à sentir des douleurs lombaires et de la constipation chronique. Dans les dernières années, il s'y ajoute une sensation de plénitude et une réelle augmentation de volume de l'abdomen, rappelant à la femme, tous les symptômes éprouvés pendant la gravidité. Dans les derniers mois, la malade s'aperçut d'un corps dur dans l'abdomen. Le manque d'appétit et l'amaigrissement engagèrent la malade à se présenter à la clinique. Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade, qui est très maigre, présente, dans le bas ventre, une tumeur, dure, indolente à la pression, grosse comme une tête d'enfant, située à gauche de la ligne médiane et qu'on peut facilement déplacer latéralement. A la percussion, matité au niveau de la tumeur. Son tympanique dans tout le reste de l'abdomen. Pas de connexions avec les organes génitaux; seulement en imprimant à la tumeur un mouvement assez fort, l'utérus se déplace aussi. Rien d'anormal du côté de la vessie. L'urine est normale.

Diagnostic. — Tumeur solide (maligne) de l'ovaire gauche.

Au commencement de son séjour à l'hôpital, elle souffrait de diarrhée, qui s'améliorait au bout de quelque temps; après, il y eut un bien être relatif.

La femme, inquiétée par la tumeur, réclamait l'opération.

Le 26 octobre 1889, chargé par le professeur Billroth, je fis l'opération.

Incision médiane de 18 cm. Après ouverture du péritoine, on remarque que la tumeur n'adhère pas aux organes génitaux, elle est recouverte d'un feuillet de péritoine; c'était donc une tumeur rétropéritonéale.

D'abord il a fallu dégager des vastes adhérences, que la tumeur avait contractées dans son milieu, avec l'intestin.

On coupe le feuillet péritonéal sur le point culminant de la tumeur et on continue à dégager la tumeur, sans se servir d'instruments tranchants.

La tumeur était composée de deux lobes, au milieu duquel on trouve le rein gauche, ayant une apparence normale, il est couché horizontalement, les vaisseaux rentrent par son bord, devenu postérieur.

Il était impossible de conserver le rein sans y laisser, en même temps, la moitié de la tumeur à laquelle il adhérait.

Ligature des vaisseaux rénaux et de l'uretère. Extirpation complète de la tumeur.

Cavité bourrée de gaze iodoformée. Drainage. Suture du ventre.

Les jours suivants la quantité d'urine est normale.

Trois semaines après l'opération, on enlève le drain et la gaze.

La patiente se rétablit assez rapidement ; cinq semaines après, elle quitta l'hôpital complètement guérie.

La tumeur pesait 4 kilos ; longue de 35 cm. Composée de deux lobes, gros et durs, à l'intérieur desquels se trouvait situé le rein normal.

A la coupe. — Couches concentriques à la périphérie, homogène au centre.

Examen microscopique. — A la périphérie, du tissu adipeux mêlé au tissu conjonctif assez développé ; tandis qu'au centre, du tissu adipeux pur. Le rein est complètement normal.

Diagnostic. — Fibro-lipome ayant comme origine le tissu adipeux sous-péritonéal.

OBSERVATION XI

GOULD. — THE LANCET 1888

Mixo-sarcome péri-rénal

Le malade, âgé de 30 ans, qui s'était toujours bien porté auparavant, souffrait, depuis le mois de janvier 1888, de douleurs abdominales et de diarrhée. C'est seulement en avril, qu'il aperçut dans la région ombilicale, une tumeur, qui augmentait rapidement. Les douleurs s'irradiaient dans le testicule droit et lui causaient des envies

fréquentes d'uriner (surtout la nuit). La respiration était gênée.

Il a eu quelques selles sanguinolentes.

La ponction retira quelques grammes d'un liquide légèrement hémorrhagique, visqueux.

A l'examen, on trouva une tumeur, qu'on ne pouvait pas nettement séparer du foie et qui refoulait fortement les organes thoraciques.

La tumeur s'étendait jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, de surface lisse, à contours arrondis. A la percussion, son mat au niveau de la tumeur, fluctuation nette. La tumeur obéit aux mouvements respiratoires. Les urines normales.

Opération. — Incision sur la ligne semi-lunaire.

On découvre la tumeur, surmontée par le foie, recouverte en avant par le gros intestin qui est vide. On vide la tumeur de son contenu visqueux et hémorrhagique et, après ligature des vaisseaux et de l'urètre, on enlève toute la masse, y compris le rein adhérent à la paroi postérieure.

Drainage. Suture de la plaie.

La tumeur est enveloppée d'une capsule épaisse, composée d'une masse gélatineuse.

Le rein, déformé par la pression, était sain, d'ailleurs, et adhérait fortement à la paroi postérieure.

OBSERVATION XII

OTTO HILDEBRAND. — DEUTSCHE ZEITSCHRIFT
FÜR CHIRURGIE. 1895

Fibromyosteosarcome de la capsule du rein droit

Femme de 30 ans. Elle avait remarqué, depuis un an et demi, une tumeur du côté droit du ventre, au-dessous du bord du foie, tumeur sensible à la pression et spontanément et qui fut prise pour un rein flottant. La malade n'attacha d'importance à la chose, que le jour où elle constata un certain amaigrissement et une augmentation de la tumeur. Rien d'anormal du côté des urines. On pensa à un néoplasme du rein.

A l'inspection, une augmentation du côté droit du ventre.

A la palpation on sent une tumeur composée de plusieurs lobes, les uns durs, les autres mous.

A la percussion, matité au niveau de la tumeur.

On peut soulever celle-ci et lui imprimer des mouvements latéraux.

La main peut être enfoncée entre le foie et la tumeur. Pas de fièvre. Urines normales.

D'après ce qui précède, il s'agissait d'un néoplasme en partie dur, en partie mou, il n'y eut de doute, que sur son point d'origine.

Le néoplasme n'avait évidemment pas de connexions

avec le foie, étant donné, d'une part, les mouvements latéraux assez considérables, d'autre part, le fait de pouvoir séparer nettement l'un de l'autre.

La laparotomie faite, on reconnut que la tumeur était recouverte par le péritoine et le colon ascendant. On put énucléer la tumeur avec le rein, sans causer d'hémorrhagie bien notable. On vit alors, que la tumeur était située entre le rein (normal), et la capsule surrénale (intacte aussi), en haut. Ligature des vaisseaux du rein.

Suture du ventre.

Pas de fièvre. Quelques vomissements.

La malade partit guérie au bout de 6 semaines.

L'examen microscopique démontra que la tumeur était un fibromyo-ostéosarcome.

OBSERVATION XIII

PERSONNELLE

Sarcome de la capsule du rein gauche

R. D... âgé de 34 ans, transporteur de viande, entré dans le service de M. le professeur Hayem, le 10 juin 1895.

Antécédents héréditaires. — Ils ne présentent pas grand intérêt : son père est bien portant ; sa mère et sa sœur sont mortes de ? ; son frère bien portant.

Antécédents personnels. — Le malade ne se rappelle pas avoir fait une maladie grave dans son enfance.

Pas de fièvres éruptives ni autre maladie infectieuse. A l'âge de 21 ans, il se mit à boire de l'absinthe. Il en prenait jusqu'à 12 par jour.

Plusieurs fois il buvait de l'absinthe pure.

Il a continué à boire jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital. Il absorbait aussi une bonne quantité de vin chaque jour.

C'est à partir du moment, où il a commencé à faire des excès alcooliques, qu'il est devenu très nerveux ; pour la moindre des choses, il se met en colère, il devient furieux, batailleur.

Pas de blennorrhagie, pas de syphilis, pas d'impaludisme.

Histoire de la maladie. — Il nous est impossible de préciser le début de sa maladie ; car le malade ne s'aperçoit pas de sa tumeur abdominale, qu'au moment où M. le professeur Hayem lui en attire l'attention.

Cependant, le malade nous raconte, qu'il y a deux ans qu'il porte un varicocèle à gauche, ce qui nous autorise, jusqu'à un certain point, à croire qu'il y avait dès lors une gêne de la circulation abdominale profonde, causée, peut être par la tumeur du flanc.

Il y a un mois, en travaillant, le malade a senti des douleurs lombaires assez fortes ; mais plus accusées du côté gauche, douleurs qui s'irradiaient dans le bas-ventre et dans les deux aines.

Il consulte un médecin, qui lui prescrit un purgatif, à la suite duquel le malade a rendu des anneaux de *tœnia*. Le médecin, consulté de nouveau, arrive, par une médication appropriée, à faire expulser le *tœnia*. Malgré cela, les douleurs rénales persistent toujours et deviennent même plus fortes.

Le malade n'a jamais subi un traumatisme dans l'hypocondre gauche.

Depuis deux mois, le malade perd continuellement ses forces et il maigrit.

Pas de vomissements, pas de diarrhée, ni troubles du côté de l'appareil urinaire.

Ce sont surtout les douleurs lombaires, qui le tourmentent et qui l'empêchent même de travailler.

Le malade souffre aussi de constipation : il reste 3-4 jours sans aller à la selle.

Etat actuel (14 juin 1895).

Aspect du malade. — Couché dans son lit sur son plan latéral gauche, la cuisse fléchie sur le bassin, le malade se plaint de douleurs lombaires, avec irradiations du côté de l'abdomen. Si on lui demande à bien préciser la douleur, il porte sa main sur la région lombaire gauche.

Le malade a maigri, a le teint un peu terreux, les yeux excavés exprimant la souffrance, les traits tirés, en un mot le malade a le faciès abdominal.

Si on regarde l'abdomen, le malade étant dans le décubitus dorsal, on aperçoit dans le flanc gauche une tumeur, qui fait saillie sous la peau, s'étendant des fausses côtes jusqu'à la crête iliaque gauche, en avant, jusqu'à deux travers de doigt de la ligne médiane, en arrière, jusqu'à la colonne vertébrale, faisant bomber la région lombaire gauche. Le ventre ne paraît pas ballonné, ni retractoré.

La tumeur n'obéit pas aux mouvements respiratoires.

Pas de circulation veineuse complémentaire. Sur la face interne de la cuisse gauche, on voit quelques veines sous-cutanées, dilatées. Les membres inférieurs ne pré-

sentent rien de particulier, pas d'œdème, etc. Pas d'adénopathie aux aines, ni aux aisselles.

Du côté de l'*appareil respiratoire* nous n'avons rien à noter, les vibrations sont normales, la percussion donne une sonorité partout; à l'auscultation, respiration normale, 28 respirations par minute.

Rien à signaler non plus du côté du *cœur*, qui est absolument normal.

Les artères (radiale, humérale, temporale) sont dures, sinueuses. Pouls, 88 par minute, plein, régulier.

Appareil digestif. — L'appétit, en somme, est conservé, la digestion se fait assez bien, malgré l'abus d'essences et d'alcools qu'il a fait. Pas de pituites matinales.

Jamais de nausées, ni vomissements alimentaires, bilieux ou autrement.

La langue pâteuse, recouverte d'un enduit blanchâtre.

L'Estomac n'est pas dilaté. Pas de clapotage stomacal, il n'est pas douloureux à la pression, ni spontanément.

Examen du suc gastrique (*dû à l'obligeance de M. Carrion, chef du Laboratoire*), 25 juin. — Après 35 minutes : traces de liquide, beaucoup de résidus mal émulsionnés.

Après 70', très peu de liquide, très muqueux, pas de résidus.

A.....	0.166
H.....	?
C.....	?
H C.....	182
T.....	410
F.....	228
T/F.....	4.79
L.....	?

Foie. — Ne dépasse pas les fausses côtes, il n'est pas douloureux. Pas d'ictère, il n'en a jamais eu.

Rate. — Impossible de l'examiner, se confondant avec la tumeur.

Tumeur. — En regardant l'abdomen de face, on voit une voussure qui occupe à peu près toute la moitié gauche.

Les dernières côtes ne paraissent pas écartées. Le ventre est comme divisé en deux régions : la moitié droite, plate, mais non déprimée ; la moitié gauche, soulevée par la tumeur sous-jacente.

A la palpation, on sent une tumeur s'étendant du diaphragme à la crête iliaque, de forme plus ou moins ovoïde, allongée et plate à grande axe vertical, de surface lisse, de consistance assez ferme. En glissant la peau sur la tumeur, on sent, dans une région limitée entre les fausses côtes gauches et l'ombilic, un froissement tout particulier. Il existe, sur presque toute la longueur du bord interne, de petites tumeurs de la grosseur d'un petit pois, roulant sous le doigt.

On peut circonscrire le néoplasme en avant et en bas, mais il nous est impossible de le délimiter en haut et en arrière.

La percussion donne une matité étendue sur toute la surface de la tumeur.

Voici ses dimensions :

Longueur, 29 centimètres sur la ligne axillaire.

Largeur, 31 centimètres de ligne blanche jusqu'à 4 centimètres en dedans des apophyses épineuses (au niveau de l'ombilic).

Pas d'épanchement ascitique.

La tumeur n'est pas sensible à la pression et elle commence à devenir douloureuse spontanément.

Par son volume considérable, la tumeur produit de la gêne de la circulation profonde ; ainsi le malade a un varicocèle gauche, assez considérable, datant, comme nous l'avons déjà dit, depuis 2 ans environ. Il est très douloureux et assez volumineux, pour lequel le malade porte continuellement un suspensoir.

Le malade arrive à calmer ses douleurs du flanc, en prenant les positions les plus diverses ; ainsi il se trouve très soulagé, dans la position accroupie, ou bien couché sur la tumeur ; au contraire ces douleurs s'exagèrent, lorsqu'il est assis sur son lit ou sur une chaise.

Appareil urinaire. — Le malade n'a jamais eu de l'hématurie ni de pyurie ; mais il se plaint depuis quelque temps de la pollakiurie.

Rien à noter d'anormal au point de vue de l'état urinaire du malade.

Examen des urines (*dû à l'obligeance de M. Arab, interne en pharmacie*) :

Volume	1,400	Albumine.....	0
Couleur	ambrée	Mucine.....	0
Odeur.....		Glucose.....	0
Aspect.....	limpide	Indican.....	0
Dépôt.....	nul	Peptones.....	0
Agitation...	mousse non persistante	Pigm. biliaires.....	0
Réaction...	acide	Urobiline.....	0
Densité.....	1,023		

	Par litre	Par 24 heures
Acidité totale.....	1.11	1.44
Chlorures.....	7.36	10.27
Acide phosphorique...	1.26	1.76
Urée.....	22.69	33.49
Acide urique.....	0.30	0.42

En somme, l'état général du malade est assez satisfaisant.

Traitement. — Liq. Fowler. Révulsion au niveau de la tumeur. Toniques.

Examen du sang	{	R.....	3.732.000
		N.....	4.180.000
		G.....	0.9
		B.....	8.000

1^{er} juillet. — Le malade commence à sentir des douleurs fortes à la région lombaire qui l'empêchent de dormir.

Il se plaint aussi, que la jambe gauche est engourdie et qu'il a de la peine à la remuer; il la traîne en marchant.

3 juillet. — Les douleurs de plus en plus fortes gagnent la région lombaire droite.

Un réseau veineux commence à se dessiner sur l'abdomen.

Piqûre de morphine.

4 juillet. — Douleurs le long du membre inférieur gauche, localisée surtout au niveau du genou. En même temps nous constatons des troubles de la sensibilité :

(a) *Au toucher.* — La sensibilité est abolie :

(1) *EN AVANT.* — *Dans toute la moitié interne et supérieure de la cuisse gauche* (territoire des nerfs génito-crural, obturateur. et rameaux génitaux du plexus lombaire).

Dans la moitié externe et inférieure de la même cuisse (territoire du crural).

Dans la moitié interne de la jambe gauche (territoire du saphène interne).

(2) *EN ARRIÈRE.* — *Dans le tiers externe de la cuisse* (territoire du femoro-cutanée).

(b) *A la piqûre.* — Sensibilité abolie :

(1) *Dans toute la face antérieure de la cuisse gauche excepté une partie occupant la partie infero-externe.*

(2) *Dans toute la moitié interne de la jambe du même côté.*

(c) *Au chaud et au froid.* — Sensibilité complètement abolie dans toute la moitié externe de la cuisse (aussi bien en avant qu'en arrière); diminuée seulement dans la moitié interne de la cuisse et de la jambe gauche.

6, 7 et 8 juillet. — Même état.

9 juillet. — Douleurs lombaires très fortes. Pulvérisations au chlorure de méthyle.

L'appétit est entièrement conservé.

10 juillet. — Même état.

11 juillet. — Etat général stationnaire.

La tumeur paraît augmenter de volume. Les veines cutanées se dessinent de plus en plus, surtout au niveau de la tumeur. On en observe aussi sur la partie interne et supérieure de la cuisse gauche.

12 juillet. — Apparition d'adénopathie aux aines et aux aisselles.

13 et 14 juillet. — L'état général du malade commence à devenir inquiétant. Il maigrit, L'appétit a diminué.

Examen du sang (le 16 juillet)	{	N.....	3.013.200
		R.....	3.163.000
		B.....	18.600
		G.....	0.7

Préparation de sang dans les cellules à rigole.

— Globules rouges de forme et aspect normaux disposés en piles plus courtes qu'à l'état normal.

Petites piles isolées, dans l'intérieur des mers plasmatiques, communiquant les unes avec les autres.

Pas d'augmentation notable des globules blancs.

Hématoblastes, plutôt augmentés de nombre.

Au bout de 10 minutes, réticulum fibrineux n° 1. —

Pas de pseudo-parasites.

Préparation sèche. — Globules rouges de forme normale. Pas de globules en raquette, ni à noyau.

Hématoblastes très nombreux, surtout au bord de la préparation. Globules blancs, de la grande variété, plus nombreux. Pas d'augmentation absolue des globules blancs. -

15-16-17. — Même état.

18 juillet. — Le malade maigrit à vue d'œil. Les mictions commencent à devenir difficiles. Il sent des douleurs le long de l'urèthre jusqu'au gland.

Douleurs lombaires très fortes.

Deux piqûres de morphine. Quatre grammes de chloral.

20 juillet. — Rétention d'urine depuis 12 heures. Sondage.

21 juillet. — Fourmillements et engourdissement du membre inférieur droit; en même temps le malade se plaint de douleurs lombaires fortes des deux côtés.

Diminution de la sensibilité dans les territoires des nerfs cutanés du plexus lombaire droit.

22-23. — Même état.

24 juillet. L'état du malade est plus grave. L'insomnie est continue. L'appétit perdu. L'amaigrissement profond. Œdème du membre inférieur gauche, impossibilité absolue de s'en servir. Constipation depuis 4 jours, lavement purgatif.

25. — Même état.

26 juillet. — Aggravation progressive de l'état général. Les douleurs sont insupportables. L'œdème a remonté

jusqu'à la racine de la cuisse. En même temps on aperçoit un léger œdème sus malléolaire du côté droit.

27. — L'œdème des deux membres, gagne les bourses. Cachexie profonde.

28-29. — État plus grave.

30-31 juillet. — Rétentions d'urine. Sondages. Le malade se trouve dans un état d'amaigrissement considérable. Il ne mange presque pas. L'œdème a déjà gagné la moitié inférieure de l'abdomen.

1, 2, 3, 4 août. — État presque stationnaire.

5 août. — Même état.

Examen des urines

Volume.....	600	Urobiline....	traces
Couleur.....	Ambrée	Albumine...	0
Odeur.....	sui-generis	Mucine.....	0
Aspect.....	limpide	Glucose.....	0
Dépôt.....	nul	Indican.....	0
Réaction....	acide	Peptones....	0
Densité.....	1,025	Pigm. bil....	0

	Par litre.	Par 24 heures.
Acidité totale.....	1.44	0.86
Chlorures.....	13.07	8.40
Acide phosphorique.....	1.25	0.75
Urée.....	44 »	24.60
Acide urique.....	0.60	0.36

6 août. — État général assez grave. Les douleurs lombaires sont toujours assez fortes pour l'empêcher de dormir. L'œdème remonte jusqu'à l'ombilic.

7-8. — Même état.

Les jours suivants le malade se trouve presque dans le même état. Rétentions d'urines. Sondages 2 fois par jour.

14 août. — Le malade a eu un accès de suffocation à la suite d'un déplacement. Incontinence d'urine.

15, 16, 17. — Rien de particulier à noter.

18 août. — Le malade se plaint d'oppressions, de la gêne de la respiration. A l'auscultation on entend des râles fins disséminés aux deux bases. 40 ventouses sèches.

19-20. — Même état.

21 août. — Mort en pleine connaissance, par progrès de la cachexie.

Autopsie. (faite le 22 août 1895).

ASPECT DU CADAVRE. — Pas de rigidité cadavérique. Ventre verdâtre. Très amaigri, face contrastant avec l'énorme développement du ventre et des membres inférieurs.

Du nez et de la bouche sort une écume sanguinolente.

L'œdème remonte en arrière jusqu'aux épines de l'omoplate, en avant, il s'arrête au niveau des fausses côtes.

Ouverture du cadavre. — L'incision de l'abdomen sur la ligne médiane étant faite, on remarque que le côlon transverse, a la forme d'un M, adhérences avec le côlon descendant.

Grand épiploon. — Très aminci, il est réduit à une toile lamelleuse.

On aperçoit que toute la moitié gauche de l'abdomen est remplie par une tumeur qui se cache en haut sous les fausses côtes et en bas elle répond à la fosse iliaque, son bord interne touche la ligne médiane.

Sa surface a un teint bleu noirâtre, sur laquelle on aperçoit de petits nodules du volume d'un petit pois (paraissant être de sang coagulé).

Il n'existe pas d'adhérence entre la tumeur et la paroi antérieure de l'abdomen.

Quelques légères adhérences au niveau des épines iliaques antéro-supérieures.

Dans la cavité péritonéale, il existe 500 grammes d'un

liquide gras, brun rougeâtre (liquide séro-sanguinolent altéré).

Appareil respiratoire. — *Poumon gauche.* — Quelques adhérences avec le péricarde. Surface violacée ; il crépite par places.

Au niveau du bord inférieur, on trouve une masse de la grosseur d'un marron, de coloration jaunâtre, à surface bourgeonnante, de consistance molle, contenant à l'intérieur une bouillie jaunâtre.

A la coupe du poumon, on trouve toute une série de nodules semblables, qui ne sont que des noyaux probablement sarcomateux en voie d'évolution.

Le parenchyme pulmonaire est splénisé par places. Par la pression il s'écoule un peu de liquide rougeâtre ; contenant seulement à la partie supérieure du poumon, quelques bulles d'air. Il surnage assez mal.

Le lobe supérieur renferme des îlots irrégulièrement disposés, de coloration noirâtre, faisant légèrement saillie. Ce sont des noyaux semblables absolument aux noyaux hémorrhagiques du poumon cardiaque.

Poumon droit — Adhérences avec le diaphragme.

On trouve des lésions analogues.

Prédominance des noyaux néoplasiques à la partie inférieure, quelques-uns faisant saillie sous la plèvre.

A la coupe. — Masse rosée, vasculaire, molle, plongeant dans un tissu splénisé. Par la pression, il s'écoule un liquide brunâtre non aéré.

Pas de traces de tubercules.

Bronches. — Elles ont une surface violacée, contenant un mucus spumeux séro-sanguinolent.

Appareil circulatoire. — *Cœur.* — Petit, mou. On

trouve des plaques laiteuses le long des vaisseaux du ventricule droit.

Coronaires très saillantes.

Traces d'athérome au niveau de l'orifice aortique.

Léger épaissement près de la base de la valvule mitrale.

Cœur rempli de caillots cruoriques, quelques-uns fibrineux.

Poids du cœur : 255 grammes.

Cavité abdominale. — *Foie.* — Adhérences très fortes avec la paroi abdominale. Il est déformé.

Le lobe droit présente une grosse saillie à sa partie antéro-supérieure, formée par une masse ramollie, presque fluctuante, du volume d'une orange. A la coupe, il existe plusieurs noyaux semblables, mais plus petits.

Le parenchyme hépatique ne paraît pas altéré.

Poids : 1980 grammes.

Rate. — De volume presque normal, un peu congestionnée. Petite rate supplémentaire, du volume d'une noisette.

Poids : 170 grammes.

Reins. — *Droit.* — Volume et aspect normaux. A la coupe rien d'anormal.

Gauche. — Englobé par la tumeur, il est un peu déformé, mais non pas altéré. A la coupe, rien de particulier.

Intestins normaux.

Tumeur abdominale. — La masse intestinale enlevée (et qui ne présentait pas d'adhérences avec le néoplasme), on trouve une tumeur remplissant la moitié gauche de l'abdomen, allant du diaphragme jusqu'à la fosse iliaque.

Quelques adhérences avec la colonne lombaire.

Elle est rétro-péritonéale.

Le rein se trouvait à sa partie supérieure, et qu'on a pu détacher avec facilité.

La tumeur a une consistance plutôt molle, particulièrement marqué à un point de sa surface.

Poids de la tumeur : 3540 grammes.

A la coupe la tumeur a un aspect différent par places : gros noyau hémorrhagique au centre (sang coagulé), on en trouve un autre à la partie supérieure. A la périphérie de la tumeur, existe un noyau ramolli presque diffus.

Le reste a un aspect grisâtre assez consistant.

Organes génitaux, corps thyroïde, normaux.

Cerveau. — Un peu congestionné. Quelques adhérences méningées.

Poids : 1,470 grammes.

Nature de la tumeur. — Sarcome qui a pris probablement naissance dans la capsule fibreuse du rein.

CONCLUSIONS

(1) Les tumeurs paranéphrétiques sont extrêmement rares ; on les observe plus souvent chez la femme que chez l'homme.

(2) Par un examen minutieux et par le groupement des différents symptômes on peut arriver à faire le diagnostic.

(3) Elles sont rétropéritonéales.

(4) Leur traitement consiste dans l'ablation de la tumeur par laparotomie, avec nephrectomie totale ou partielle.

Vu : le Président de la thèse,

HAYEM.

Vu : le doyen,

BROUARDEL

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Péan.* — Traité des tumeurs abdominales.
Duplay-Reclus. — Traité de chirurgie VII.
Forgue et Reclus. — Thérapeutique chirurgicale.
Le Dentu. — Affections chirurgicales des reins et des uretères.
Rayer. — Maladies des reins.
Guyon. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.
Augagneur. — Thèse d'agrégation. 1886.
Gouraud. — Bull. soc. anat. 1862.
Guyon. — Annales génito-urinaires. 1892.
Broca. — Traité des tumeurs.
Heyder. — Archives für Gynaekolog. 1890.
Morris. — Surgical Diseases of the Kidney.
Chevalier. — Thèse de doctorat. 1890.
Guillet. — Idem. 1888.
Chadwick. — Boston médical and chirurg. Journ. 1884.
Centralblatt für chirurg. 1885.
Bracdeur. — Thèse de Paris. 1886.
Day. — Transact of patholog. Soc. Londres, 1881.
Elliott. — The Lancet 1879.
Paquet. — Bulletin médical du Nord, 1886.
Rathery. — Thèse de Paris, 1870.
Thornton. — Transact path. Soc. Londres, 1883.
Wikham Legg. — St-Bartolomev's hospital Reports 1880.

